

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Fabien, Vincent ZAZZO

Né le 5 Janvier 1945 à Boulogne (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue le

ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES

Contribution à l'étude d'un recensement systématique

Président de Thèse : Monsieur Michel GAULTIER (Professeur)

Année 1970

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Fabien, Vincent ZAZZO

Né le 5 Janvier 1945 à Boulogne (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue le

ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES

Contribution à l'étude d'un recensement systématique

Président de Thèse : Monsieur Michel GAULTIER (Professeur)



A mes Parents

A mes Amis

A Monsieur le Professeur M. GAULTIER

Professeur de la chaire de clinique toxicologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur de bien
vouloir accepter la présidence de
cette thèse

En très respectueux hommage

A Madame le Docteur EFTHYMIU

Dont les conseils amicaux ont guidé
de travail

Qu'elle trouve ici l'expression de
mon très respectueux dévouement

A Monsieur le Professeur Agrégé E. FOURNIER

A Monsieur le Professeur Agrégé P. GERVAIS

A Madame le Docteur C. BISMUTH

A Mademoiselle le Docteur F. PEBAY-PEROULA

A Monsieur le Docteur J.-P. FREJAVILLE

Assistants

Qui nous ont communiqué leurs
expériences et leur passion pour
la toxicologie

ACCIDENTS THERAPEUTIQUES

Contribution à l'étude
d'un recensement systématique

-:-

SOMMAIRE

Introduction	
1ère partie : Présentation des dossiers	
2e partie : Etude analytique	
3e partie : Projet de fiche à perforation marginale	
4e partie : Responsabilité médicale et accidents thérapeutiques	
Conclusion	
Bibliographie	

I N T R O D U C T I O N

Depuis près d'un demi-siècle, et surtout depuis la dernière guerre, une nouvelle industrie a connu un essor considérable : l'industrie pharmaceutique. Cette branche cadette de l'industrie chimique entre (personne ne le niera) pour une part de plus en plus grande dans la vie économique d'un pays.

Elle a permis à la médecine de rattraper et même de dépasser, dans certains domaines, la chirurgie qui jusqu'alors était parfois le seul espoir, pour beaucoup, d'une guérison ou provisoire, ou définitive, mais au prix de lourdes séquelles.

Elle a sans aucun doute, permis à celle-ci de prendre des risques de plus en plus grands, impensables avant l'apparition des thérapeutiques substitutives.

Mais comme dans un grand nombre de domaines, un progrès n'est pas sans revers ; une nouvelle pathologie s'est développée et sera amenée à se développer de plus en plus : la pathologie iatrogène.

Le faible pourcentage apparent des accidents thérapeutiques qui ressort des publications récentes, pourrait conduire un esprit peu scrupuleux à minimiser le problème. Je crois que ce serait une grave erreur que d'aboutir à cette déduction. Est-il vraiment acceptable, moralement, de ne pas prendre le risque thérapeutique en considération ? Est-il acceptable de risquer la vie d'un individu pour une extraction dentaire sous anesthésie locale, ou pour une vaccination préventive (chez un allergique connu) contre une affection qui statistiquement pourrait l'épargner ou pour laquelle du moins il existe des thérapeutiques actives ? Non ! certainement pas.

L'acte médical engage la responsabilité du médecin de l'étape diagnostique à l'étape thérapeutique. Cette responsabilité est de plus en plus durement vécue. L'arsenal thérapeutique s'étend avec une telle rapidité qu'on peut estimer qu'un médecin qui a terminé ses études en 1970, disposera dans vingt ans, de médicaments dont il n'aura (pour la plupart) étudié ni la constitution, ni les effets expérimentaux, ni les incidents ou accidents secondaires.

La connaissance globale qu'il en aura, proviendra de campagnes publicitaires (organisées par le laboratoire fabricant) ou d'articles médicaux rapidement parcourus.

Il se trouvera en présence de manifestations cliniques ou biologiques qu'il faudra interpréter soit comme une aggravation de l'affection par la thérapeutique (imposant alors l'arrêt de celle-ci), soit comme une pathologie secondaire propre au médicament (mais sans gravité), soit comme l'apparition d'une affection intercurrente sans rapport avec le traitement institué.

Il est donc capital de bien connaître les armes dont on dispose avant de les utiliser, d'évaluer le risque thérapeutique en fonction de la gravité de l'affection à traiter. Ce problème fondamental doit trouver sa solution dans une éducation renouvelée et perpétuellement mise à jour.

C'est pourquoi il semble éminemment souhaitable que dans chaque pays, des équipes médicales qualifiées consacrent leur activité à recueillir en permanence les accidents thérapeutiques au fur et à mesure où ils sont signalés par les médecins de ville ou hospitaliers, que ces renseignements soient centralisés sur le plan mondial (une tentative de ce genre est en cours de réalisation par les équipes médicales de l'OMS), permettant à tout médecin de connaître ou de reconnaître quand

il le désire, les effets secondaires des médicaments.

En France, cette collecte est effectuée par plusieurs services, nous en reparlerons plus longuement dans notre quatrième partie.

Pour notre part, nous avons relevé les accidents thérapeutiques qui ont été signalés dans les observations des malades consultants ou hospitalisés dans le service de M. le Professeur M. Gaultier à l'hôpital Fernand-Widal à Paris.

Cette collecte limitée a été à l'origine d'une réflexion sur ce problème, et nous a conduit à constituer un projet de fiche mécanographique à perforation marginale, en vue d'un premier recensement, matériel de base pour un traitement ultérieur de ces informations par ordinateurs.

P R E M I E R E P A R T I E

Nous avons donc relevé les accidents thérapeutiques qu'il nous a été donné de voir depuis 1967, ou de retrouver dans les dossiers du service.

L'origine des documents est double :

- d'un côté nous avons recherché des dossiers en consultation ; les accidents survenus concernent la pathologie générale bien que l'orientation de cette partie du service soit surtout allergologique (sous la direction du Pr Ag. Gervais). Pour la plupart, les accidents étaient mineurs et n'ont pas nécessité d'hospitalisation.
- par ailleurs, nous avons recherché ceux-ci dans les archives du centre de réanimation toxicologique. Le travail a été facilité par l'existence d'une fiche signalétique (type IBM) contenant le résumé codé du dossier. Il n'existait pas encore sur cette fiche de perforation réservée aux accidents thérapeutiques proprement dits, mais seulement une perforation réservée aux accidents allergiques. Ceci explique la spécificité des accidents relevés, presque tous de nature allergique.

Accidents thérapeutiques relevés à la consultation

17 (Pas de décès)

Accidents thérapeutiques observés au centre de réanimation :

		survenus en cours d'hospitalisation	raison de l'hos- pitalisation	DECES
<u>1967</u>	9 cas	7	2	0
<u>1968</u>	8 cas	5	3	1
<u>1969</u>	3 cas	2	1	0
<u>1970</u>	4 cas	-	4	1
(1er semes- tre)				+ une guérison avec séquelles

Tableau 1.- Répartition des observations recueillies.

Parmi les malades hospitalisés en réanimation, la circonstance de survenue de l'accident est double ; le plus souvent les manifestations accidentelles sont survenues au cours d'une hospitalisation pour une tout autre raison (le plus souvent tentative de suicide), pour les autres cas, l'accident thérapeutique présentait des caractères de gravité qui ont conduit à l'hospitalisation en milieu spécialisé.

On trouvera dans le tableau suivant la répartition des accidents en fonction des médicaments responsables :

Tableau 2.

Antibiotiques	24 cas
Sérum antitétanique	3 cas
Antalgiques	5 cas
Anesthésiques locaux	2 cas
Sang et dérivés	2 cas
Vitamine B12	1 cas
Gamma-Globuline	1 cas
Colchimax*	1 cas
Alcoolat citron IV	1 cas
CIK intra-rachidien	1 cas

Répartition des accidents en fonction du SEXE.

D'après nos 41 dossiers le sexe le plus souvent représenté est le sexe féminin : 23 femmes contre 18 hommes.

Mais il est évident qu'une telle statistique a peu de valeur sur un si petit nombre de dossiers. Par ailleurs des enquêtes analogues ont montré le phénomène inverse :

Ducluzeau (Rev. Lyon. Méd. 1969)	273 H pour 175 F
Roche et coll. (J. Europ. Toxico.)	551 H pour 434 F

Répartition des accidents en fonction de l'âge.

Comme en témoigne la représentation graphique de la page suivante, les accidents semblent survenir à tout âge ; mais une fois encore est-il possible de tirer des conclusions sur un si petit nombre ; les enquêtes citées au paragraphe précédent retrouvent une prédominance significative entre 30 et 40 ans.

On ne peut évidemment tirer aucune conclusion de ce genre de constatation dans l'état actuel de nos connaissances sur la réceptivité et la sensibilité individuelle aux médicaments.

Enfin ces résultats seraient à confronter avec le taux de consommation des médicaments en fonction des tranches d'âge.

Nb de cas

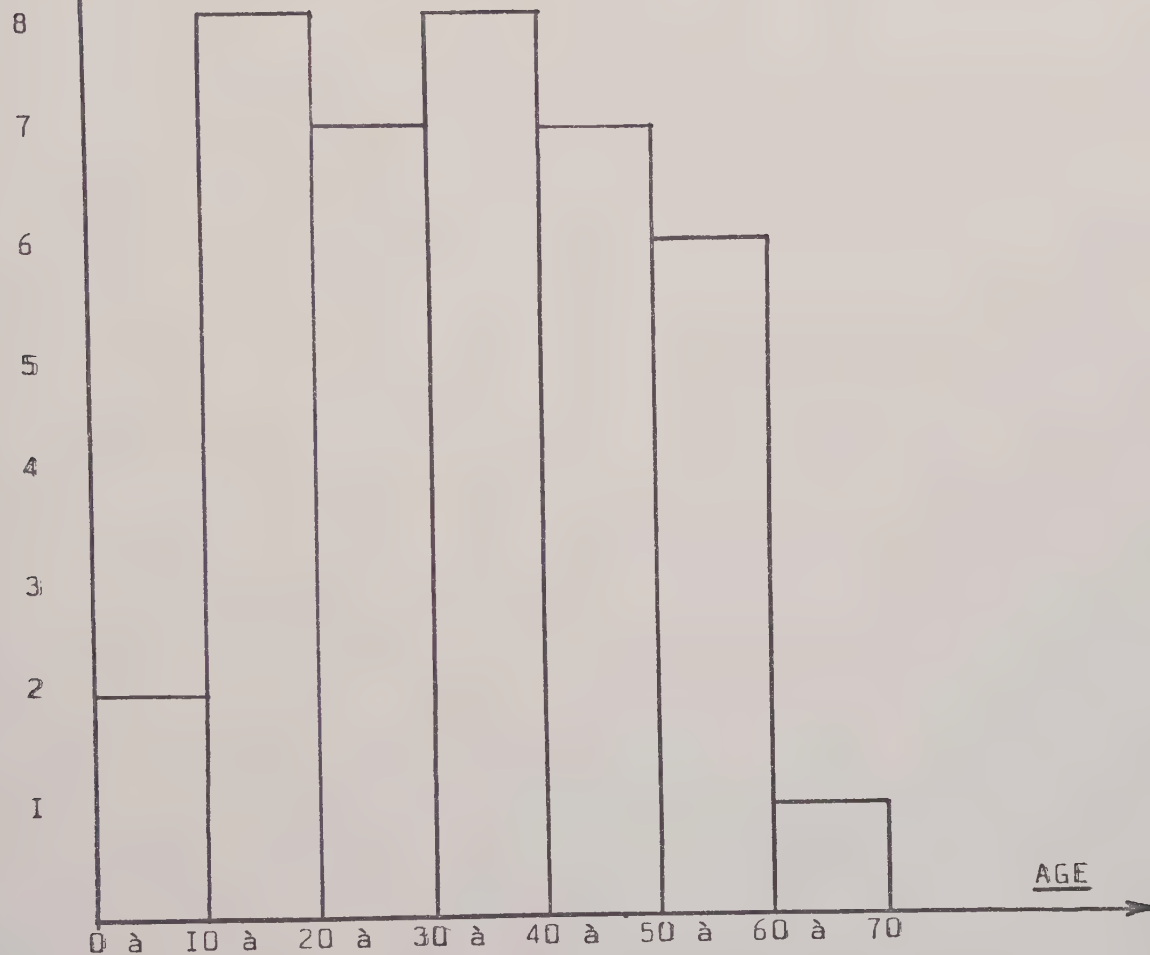


Tableau 3 :

REPARTITION DES ACCIDENTS EN FONCTION DE L'AGE

DEUXIEME PARTIE

Etude analytique

Nous étudierons ici successivement les différents types d'accidents que nous avons relevés. Ils seront présentés en fonction de l'agent thérapeutique responsable :

Antibiotiques	: 24 cas
Sérum anti-tétanique	: 3 cas
Antalgiques	: 5 cas
Anesthésiques locaux	: 2 cas
Sang et dérivés	: 2 cas
Autres	: 5 cas.

I. Accidents dus aux ANTIBIOTIQUES

A) Observés en consultation externe :

Aucun de ces accidents, sauf un, n'a nécessité une hospitalisation.

MA...Dolorès, 26 ans consulte le 24/7/69 pour un URTICAIRE apparu au terme de la 25e injection intra-musculaire de D.H. STREPTO-BIPENICILLINE, traitement prescrit dans le cadre d'une complication infectieuse d'appendicectomie pratiquée le 27/5/69.
Pas d'antécédents allergiques.
Suites simples.

HA...Pascal, 4 ans, fait depuis 6 mois des rhinopharyngites à répétition. Le 8/1/70 il reçoit une injection d'EXTENCIL-LINE ; Une demi-heure après, malaise, perte de connaissance et oedème du visage. Tout rentre dans l'ordre après traitement anti-histaminique.
Cet enfant avait déjà reçu de nombreux antibiotiques, un

vaccin anti-grippal contenant de la xylocaine, sans réaction particulière.

Un test de Shelley s'est révélé très positif à la pénicilline.

BOU... Mohamed, 60 ans, est traité par TOTAPEN (6cp. par jour) à la suite d'une plaie septique de l'index droit. Le consultant arrête lui-même le traitement au bout du deuxième jour devant l'apparition d'un OEDEME de QUINCKE, d'un URTICAIRE et de DOULEURS ABDOMINALES.

Pas d'allergie antérieure, pas de notion de traitement antibiotique dans les années qui précèdent.

Suites simples.

ALC... Francisco, 57 ans, est traité pour une bronchopneumopathie par PENICILLINE intra-musculaire. Le premier jour de traitement apparaît un érythème diffus non prurigineux, le lendemain une ERYTHRODERMIE respectant le visage entraîne la suspension du traitement.

Pas d'antécédents allergiques.

Suites simples.

GOL... Claudie, 31 ans, a été traitée en 1964 pour un érythème nouveau. Depuis 3 ans sont réapparues des douleurs au niveau des chevilles des coudes, des phalanges. Dès la première injection de PENICILLINE apparaissent les symptômes d'un CHOC de type allergique, évoluant favorablement sous traitement.

MAS... Madeleine, 33 ans, traitée pour une angine par ORACILLINE. Un OEDEME de la GLOTTE survient le 4e jour de traitement. Les suites sont simples sous traitement. Un test de Shelley montre :

PENI ++++
COLI ++
TRANSCYCLINE ++

VIG... Paulette, 36 ans, est traitée par BIPENI-STREPTO ; après la deuxième injection apparaissent une éruption et un oedème du visage ; les quatre injections suivantes sont faites sous phénergan sans complications. Antérieurement cette femme aurait reçu de la Pénicilline sans réactions, à l'âge de 18 et 26 ans. En février 66, à l'occasion d'une grippe traitée par BiPéni-Strepto, elle fait un oedème de la glotte à la suite de la quatrième injection. La prise de Tétracaine et d'aspirine en Avril et Mai 66 pour angine, entraîne une sensation de malaise. Le test de Shelley est légèrement positif à la Pénicilline, négatif à l'Aspirine.

DUR... France, 28 ans, fait l'objet d'une désensibilisation à l'ALLPYRAL pour un coryza spasmodique apparu vers l'âge de dix ans. A l'occasion d'une grippe un traitement par STRECIPEN (Péni+Strepto) est institué. Dès la deuxième injection apparaît un Urticaire qui entraîne l'arrêt du traitement.
Cette femme a déjà reçu de la Pénicilline antérieurement.

B/ Observés en centre de réanimation :

Parmi les 16 accidents thérapeutiques observés en réanimation, 4 sont à l'origine du séjour des malades dans le service, les 12 autres sont apparus en cours d'hospitalisation pour une raison étrangère.

Aucun décès n'est survenu pour ce type de médicament, par contre une guérison incomplète, avec séquelles, est le fait d'une intoxication par BRONCHOCILLINE.

Nous verrons tout d'abord les 4 accidents majeurs ayant nécessité une hospitalisation en centre spécialisé.

957b, DI CLE... Ange, 40 ans, était traité par PENI-STREPTO pour pleurésie séro-fibrineuse.
Le 15/9/67 à 11h30 est pratiquée une injection intra-pleurale de 2 millions de PENI et 2g. de STREPTO ; immédiatement après la fin de l'injection s'installe un état de choc avec perte de connaissance. Une injection de Soludécadron ramène la TA aux environs de 10 et à l'arrivée dans le service, vers 12h30, la TA est revenue à son chiffre antérieur (13/7) tandis qu'un rash cutané apparaît.
Le même soir, le malade va bien.
Il a déjà reçu de la pénicilline auparavant sans incident.

904, NIN... Viviane, 23 ans, est traitée par PENI-COLI (1 million) à la suite d'une extraction de dent de sagesse. A la fin de la quatrième injection survient un état de CHOC associé à des douleurs abdominales et une diarrhée nécessitant son hospitalisation.
Rapidement, sous traitement, les signes régressent et la malade sort le lendemain de son admission.
Elle a probablement reçu antérieurement péni ou extencilline lors du traitement d'un RAA dans l'enfance.

8006, GUI... Roland, 46 ans, est hospitalisé le 26/11/69 pour CHOC ANAPHYLACTIQUE à la PENICILLINE.

A 9h : accident du travail (main coincée dans une benne).

A 13h : injection IM de BIPENICILLINE

A 15h : CHOC avec perte de connaissance

Hospitalisé à Aulnay sans pouls ni tension.

A 17h. il est transféré à Fernand-Widal où on constate une TA : 10/8, pouls à 100/mn et un érythème diffus prédominant aux membres inférieurs. Sous traitement l'état clinique s'améliore rapidement. La sortie est décidée pour le lendemain matin.

Antécédents : urticaire; eczéma ; pas d'antécédents allergiques médicamenteux.

404, OUA... Médiane, 45 ans est hospitalisé le 4/4/70 pour COMA CONVULSIF après injection de BRONCHOCILLINE. A ce coma convulsif s'ajoutent : perte des urines, TA à 7, ponction lombaire normale. Une réanimation est instituée avec assistance respiratoire.

Le 7/4/70, le tableau clinique est identique, l'EEG ne montre pas de signes de localisations. On porte le diagnostic d'OEDEME CEREBRO-MENINGE. Le malade est rendu à l'hôpital d'origine avec de grosses séquelles neurologiques auxquelles s'est ajouté un ictère avec atteinte cytolytique et cholestatique et augmentation des transaminases.

L'interrogatoire de l'entourage révèle que cet homme avait déjà eu un malaise après l'injection d'un produit de nature indéterminée.

Les douze observations suivantes concernent des accidents thérapeutiques survenus en cours d'hospitalisation pour une autre raison, le plus souvent pour tentative d'autolyse.

6217, MEY... Marc, 70 ans, est hospitalisé pour tentative d'autolyse le 15/11/67. Au cours de la réanimation un traitement de couverture par PENICILLINE est institué. Le lendemain l'apparition d'un rash cutané entraîne la suspension de cette thérapeutique.

Suites simples.

Pas d'antécédents allergiques connus.

5809, PAV... Georgette, 47 ans, est hospitalisée le 25/7/67 pour tentative d'autolyse. L'administration de PENICILLINE entraîne l'apparition, dès le lendemain, d'une éruption au niveau du thorax et de l'abdomen.

Disparition 24h. après l'arrêt du traitement.

- 6301, LEB... Jeanne-Marie, 35 ans, est hospitalisée le 7/12/67 pour tentative d'autolyse. Le même jour apparaît un rash au niveau du thorax dès les premières injections de PENICILLINE. L'administration de KEFLIN et de SOLNICOL provoque l'apparition deux jours plus tard d'une éruption maculo-papuleuse de la lèvre et un oedème des paupières. Suites simples ; pas d'antécédents allergiques.
- 5892, LAR... Andrée, 56 ans, hospitalisée le 1/8/67 pour tentative d'autolyse. L'administration de PENICILLINE (3 millions par jour) entraîne l'apparition le 3e jour d'une éruption érythémateuse (Thorax) qui cède au bout de 48h.
- 5412, LET... Marthe, 49 ans, est hospitalisée le 1/3/67 pour tentative d'autolyse. L'apparition d'une pneumopathie après assistance respiratoire fait prescrire Pénicilline et Solnicol pendant 4 jours. Selon les données de l'antibiogramme le traitement est modifié et la malade reçoit TOTAPEN (2g)- KEFLIN (2g). Le lendemain apparaît une éruption qui oblige la suspension du traitement.
- 5429, ROC... Colette, 15 ans, est hospitalisée le 18/3/67 pour tentative d'autolyse. La couverture antibiotique instituée par PENICILLINE (6 millions) et SOLNICOL (2g), entraîne l'apparition au bout de 48h. d'un oedème palpébral qui oblige la suspension du traitement. Suites simples ; pas d'antécédents allergiques.
- 6824, LES... Odette, 58 ans, est hospitalisée le 23/8/68 pour tentative d'autolyse. Une couverture antibiotique est instituée par BRISTOPEN (4g)-TOTAPEN(2g). Le lendemain apparaît une éruption au niveau du thorax. On change l'antibiothérapie (Kana-Solnicol). Devant l'obésité de cette femme et la crainte des accidents thrombo-emboliques on administre préventivement 2x0,7ml de CALCIPARINE. Le lendemain apparaît une éruption morbilliforme généralisée. L'arrêt des antibiotiques n'entraîne pas de régression. On incrimine la Calciparine qui est alors remplacée par Pindione. Les lésions cutanées régressent rapidement. Suites simples ; pas d'antécédents allergiques.
- 6706, GOU... Louisette, 55 ans, est hospitalisée le 24/5/68 pour tentative d'autolyse. Une couverture antibiotique systématique est instituée conjointement à l'assistance ventilatoire, par PENI (4 millions)-SOLNICOL (2g). Le surlendemain apparaissent un oedème du visage et un érythème diffus. A l'arrêt du traitement, les troubles cèdent. On retrouve la notion d'allergie à la Pénicilline.

6460, GAR... Colette, 20 ans, est hospitalisée pour tentative d'autolyse le 9/3/68.

Assistance respiratoire et couverture antibiotique par PENI (2 millions)-SOLNICOL (2g). Une heure après la première injection, apparaissent des placards érythémateux qui disparaissent rapidement dès l'arrêt du traitement.
Pas d'antécédents allergiques.

6483, HAC... Raymond, 36 ans, est hospitalisé pour tentative d'autolyse le 8/3/68.

Assistance ventilatoire et couverture antibiotique par PENI (5millions)-SOLNICOL (2g). Quelques heures plus tard apparition d'une éruption papuleuse au niveau du thorax, dans le dos et aux membres inférieurs, chauds et prurigineux. Disparition de l'éruption en 48h.
Pas d'antécédents allergiques.

7276, XEL... Chantal, 20 ans, est hospitalisée pour tentative d'autolyse le 19/1/69.

Assistance respiratoire et couverture antibiotique par PENI(1 million)-SOLNICOL(1g). Apparition au bout de quelques heures d'un oedème palpébral qui cède rapidement. On retrouve à l'interrogatoire la notion d'allergie à la Pénicilline.

7214, RAM... Jacques, 15 ans, est hospitalisé le 17/1/69 pour tentative d'autolyse.

Assistance respiratoire et couverture antibiotique par TOTAPEN (1g) en perfusion.
Le 3e jour éruption urticarienne obligeant l'arrêt du traitement.
Pas d'antécédents allergiques.

Quelques remarques s'imposent devant ces accidents dus aux antibiotiques.

1) En établissant la liste des antibiotiques utilisés, on se rend rapidement compte de la prédominance de la PENICILLINE et de ses dérivés :

PENI-seule	11
PENI-STREPTO	4
PENI-SOLNICOL	7
PENI-COLI	1
BRONCHOCILLINE	1
soit	24 cas

Ces résultats sont parfaitement superposables aux différentes statistiques mondiales qui relèvent une très nette prédominance de cette classe d'antibiotique.

2) Les manifestations cliniques sont variables et leur fréquence s'établit comme suit :

URTICAIRE	11
ERYTHRODERMIE	7
OEDEME	7
CHOC	5
DOULEURS ABDOMINALES	2
COMA CONVULSIF	1

(le total n'égale pas 24 du fait de l'association possible de plusieurs signes simultanément).

3) Enfin le délai d'apparition des signes après l'administration du médicament est variable, depuis l'état de choc qui apparaît dans les minutes suivantes jusqu'aux manifestations cutanées qui peuvent survenir au bout de quelques jours ; mais dans notre échantillonnage nous n'avons pas observé d'accidents tardifs (voir tableau 4)

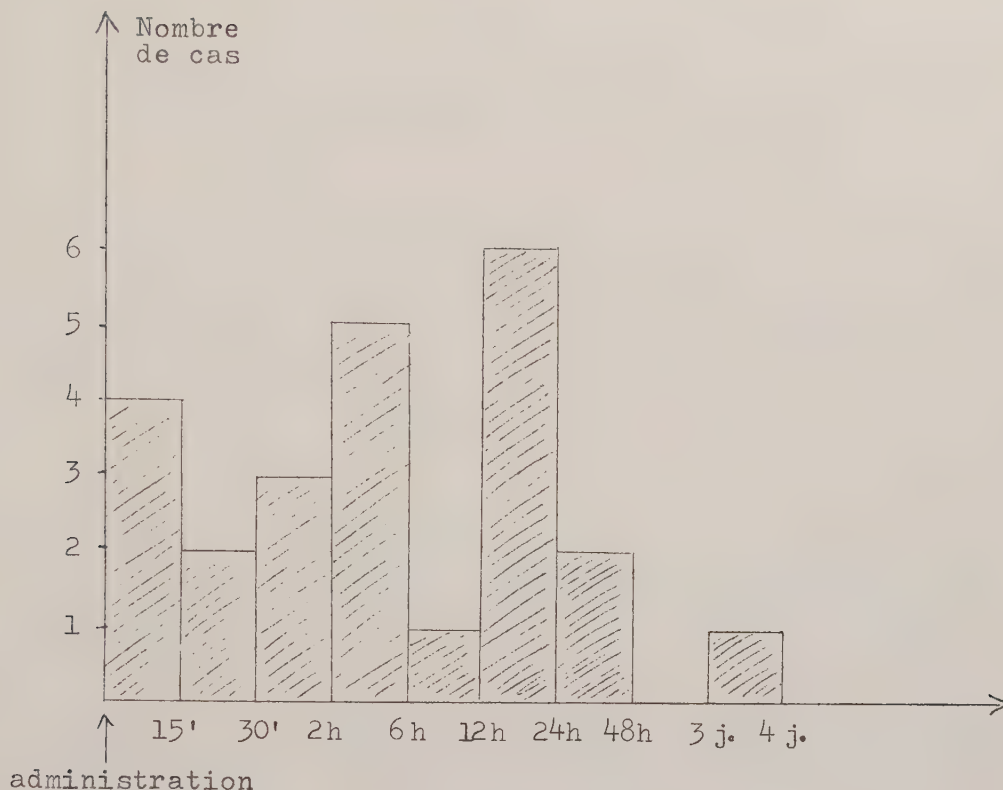


Tableau 4

II. Accidents dus aux SERUM-ANTI-TETANIQUE.

Consultation, ZMI... Norbert, 28 ans, reçoit un SAT. Une demi-heure après apparaît un collapsus avec perte de connaissance de brève durée et éruption érythémateuse généralisée, prurigineuse. Ces signes disparaissent rapidement sous traitement.

Pas d'antécédents allergiques.

Consultation MAQ... Claude, 28 ans, a reçu une semaine auparavant un SAT pour plaie septique du pouce. Sont apparus après ce délai un oedème des paupières et des placards érythémateux et prurigineux au niveau du tronc, des cuisses et des fesses. Les signes cèdent en deux jours.

Pas d'antécédents allergiques.

1152, CHE... Mahmoud, 32 ans, est hospitalisé le 19.10.68 pour vertiges, chute de tension artérielle et urticaire apparus 40 minutes après l'administration d'un SAT pour plaie sus-

orbitaire. La tension remonte spontanément avant tout traitement.

Le malade a déjà reçu quatre fois du SAT sans manifestations allergiques.

III. Accidents dus aux ANTALGIQUES.

Consultation, GUE... Jacqueline, 20 ans.

A la suite d'un traitement par ASPIRINE, PHENACETINE, AMYDOPYRINE, apparition d'un urticaire.

Test de Shelley : Aspirine ++
Phénacétine +++
Pyramidon +

Consultation, MAR... Catherine, 6 ans.

Traitement par ASPIRINE pour céphalée. Apparition rapide d'un oedème du visage et élévation thermique à 39° C. On retrouve cinq épisodes analogues dans les mois qui précèdent.

Consultation, KEU... Jeanine, 42 ans.

Prend le 8.5.66, vers 0 h 45 un suppositoire d'OPTALIDON-PHENOBARBITAL.

A 2 h. : prurit, vomissements, oedème du visage.

A 5 h.45 : éruption généralisée, urticaire, oedème de Quinck, lipothymies, puis choc avec chute de tension au-dessous de 10, enfin déclenchement des règles.

Test de Shelley au Pyramidon ++

Pas d'antécédents allergiques, mais prise antérieure de produits identiques.

Consultation, VOI... Daniel, 20 ans.

Apparition d'un urticaire géant après absorption d'un comprimé d'ASPIRINE pour douleurs dentaires. Asthme apparu à l'âge de 18 mois et ayant disparu vers l'âge de 11 ans.

Test de Shelley à l'aspirine : +

467, SAT... Marcelle, 60 ans, est hospitalisée le 25.3.67 à la suite d'un choc consécutif à l'absorption d'un comprimé d'ASPIRINE et d'Allonal (Aprobarbital + AMIDOPYRINE). La prise a lieu à 9 h 30, le choc à 9 h 45, elle arrive en réanimation à 10 h.

Sont associés : collapsus, oedème laryngé, éruption diffuse. L'évolution est rapidement favorable sous traitement et à 12 h. la tension est revenue à un chiffre normal. La malade sort le lendemain matin.

Pas d'antécédents allergiques connus.

IV. ACCIDENTS DUS AUX ANESTHESIQUES LOCAUX.

Dans cette catégorie, nous n'avons relevé que deux observations, l'une mineure, l'autre ayant entraîné la mort dans des délais rapides.

Consultation, MOR... Michèle, 11 ans 1/2, subit une anesthésie locale pour extraction dentaire, par un mélange XYLOCAINE-PROCAINE. Le lendemain apparaît un oedème de la lèvre inférieure sans autre signes généraux. Un test de Shelley est pratiqué à distance :

XYLO +++
Procaine -

6730, GOU... Daniel, 25 ans, est hospitalisé à Fernand-Widal le 16.4.68.

Il reçoit le même jour vers 11 h 45 une injection locale (pour chirurgie dentaire) de TRONCALINE (Butacaine 0,01
(Procaine 0,09
(Capsurrenaline
(0,000025
(Sulfate de K

Environ 10 minutes après l'injection survient une perte de connaissance avec crises convulsives. La tension artérielle se maintient aux chiffres antérieurs, l'examen neurologique est par ailleurs normal. Une assistance respiratoire s'avère nécessaire devant la répétition des convulsions. Une ponction lombaire ramène un liquide hypotendu et rosé (1200 GR/ mm³-alb. 2,55 g/l). L'EEG témoigne d'une souffrance diffuse. Le malade est maintenu en permanence sous Hémineurine.

Les jours suivants se complète un tableau de décérébration, qui se prolongera pendant 10 jours.

Le 17, l'EEG est parfaitement plat ; on note l'apparition d'un diabète insipide.

Le 22, vient s'ajouter une intolérance à la pénicilline.

le 26.4.68 le malade décède enfin.

Un test de Shelley, pratiqué en cours de réanimation, est revenu fortement positif.

Ces deux accidents posent le problème de l'usage de certains anesthésiques locaux en pratique médicale courante.

S'il est difficile de se passer de tels produits en chirurgie dentaire et en petite chirurgie du moins il est facile

d'en éviter l'emploi quand celui-ci n'est pas indispensable (tablettes à sucer, adjonction aux intra-musculaires d'antibiotiques pour l'agrément du malade, mais au risque d'accidents graves, etc...). Nous reviendrons plus longuement dans la dernière partie sur les précautions à prendre d'une manière générale devant tout produit connu pour ses risques allergiques, et sur les problèmes médico-légaux que ceux-ci peuvent soulever.

V. SANG et DERIVES.

Les accidents que nous avons relevés ne concernent pas les erreurs transfusionnelles (dans le groupe ABO) ou les réactions immunologiques dues à la présence d'agglutinines irrégulières (dans le système Rh), mais des réactions de type allergique.

Les accidents majeurs (oedèmes pulmonaires ...) sont très rarement signalés dans la littérature ; quant aux accidents mineurs, ils surviennent avec une fréquence de 1 à 2 % d'après les auteurs de "Side effects of drugs", ce qui (rapporté au nombre total de transfusions effectuées sur une année dans un pays) est finalement rare.

Nous en présenterons deux cas :

6728, GON... Marcel, 43 ans est hospitalisé pour tentative d'autolyse. Il avait reçu quelques heures avant son hospitalisation en milieu spécialisé, 400cc de PLASMA. A l'arrivée dans le service on note l'existence d'une éruption de type allergique au niveau de l'aisselle droite ainsi que des vésicules au niveau du coude et de l'hypocondre droit. En fin de journée, une perfusion de SANG total est prescrite ; au bout de 100 cc, apparaît un urticaire généralisé qui oblige l'interruption.
Pas d'antécédents allergiques connus.

6154, CON... Jeanette, 34 ans, est hospitalisée pour tentative d'autolyse le 23.11.67 à 7 h 30.

A 10 h 30, après le passage de 350 cc de PLASMA, apparaît un rash urticarien généralisé.
L'éruption disparaît rapidement .
Pas d'antécédents allergiques.
Terrain éthylique.

VI. AUTRES ACCIDENTS.

Nous relaterons ici 5 accidents dont 3 peuvent entrer dans le cadre des accidents allergiques (nous les verrons en premier) et les deux autres constituent l'exemple même de l'accident par négligence.

1e CHOC après administration IM de VIT. B12.

Ce choc est survenu chez RIV... Angela, 20 ans, immédiatement après l'injection. Une éruption urticarienne est apparue quelques minutes plus tard.
Un test de Shelley est revenu : +
Pas d'antécédents allergiques connus.

2e Accident allergique majeur après administration IM de GAMMA-GLOBULINES.

ZIE... Pierre, 26 ans, est suivi par son médecin pour parotidite unilatérale droite (vraisemblablement ourlienne)
Le 4.7.70 au soir le dernier lui prescrit une injection de 10 CC de Gammaglobulines (non spécifiques) associée à une injection IV de Soludécadron (dans un but préventif, le malade ayant été hospitalisé à plusieurs reprises pour oedème de Quincke).

Le lendemain matin vers 6 h. le malade ressent une striction laryngée ; son médecin le fait hospitaliser à l'hôpital de Versailles.

Vers 16 h. installation d'un état asphyxique. On fait appel aux pompiers pour intubation et assistance respiratoire. Avant leur arrivée, le malade fait un arrêt cardiaque qui s'étalera sur 20 à 25 mn.

L'équipe des pompiers pratique dès son arrivée massage cardiaque et assistance ventilatoire. Le coeur repart au bout de 10 mn en rythme sinusal.

Vers 17 h 15, le malade arrive à Fernand-Widal en Coma de stade IV avec mydriase bilatérale, sans ventilation spontanée. TA : 12/6.

Vers 17 h 30 : température à 35°4, on note des hémorragies à droite, à l'examen du fond d'oeil.

Le 6.7.70, même stade du coma, tendance à l'hypotension
Poussée hypertensive et tachycardie au milieu de la
journée. A 15 h : EEG plat.

Le 7.7.70 coma dépassé comme en témoignent :

- un dérèglement tensionnel
- un dérèglement thermique
- un diabète insipide
- des troubles de la crase sanguine
- un EEG plat.

La réanimation est suspendue.

3e Eruption généralisée après prise de COLCHIMAX.

M. DE HER... Jean, 46 ans est hospitalisé en médecine générale (après consultation) le 23.10.69.

Il y a un mois sont apparues des douleurs touchant le genou et les métatarso-phalangiennes des deux pieds. Une uricémie à 70 mg/l, le contexte professionnel (restauration), et l'aspect clinique des douleurs, font penser à une goutte. Un traitement est institué par Colchimax. Aucune amélioration n'est observée. Au contraire, dans les jours qui suivent l'atteinte articulaire s'étend. Au bout de 8 jours de traitement apparaissent des taches rouges au niveau des cuisses, s'étendant rapidement à tout le corps, avec élévation de la température. C'est à ce moment que l'hospitalisation est décidée.

Le traitement par Phénergan, Périactine, entraîne une chute de la fièvre, mais l'érythème ne cède que le lendemain après injection IV de Soludécadron ; ce traitement sera prolongé par une corticothérapie orale pendant quelques jours.

Au maximum de l'éruption, l'éosinophilie sanguine était à 30 %.

Pas d'antécédents allergiques connus.

4e Injection I.V. de 50 cc d'ALCOOLAT de CITRON.

M. LAL... René, 56 ans est admis le 5.7.70 dans un service de Neurologie à Bicêtre, pour y suivre une cure de désintoxication. C'est un éthylique confirmé présentant déjà des signes d'une encéphalopathie avancée.

Le même jour, il reçoit, accidentellement, une injection IV d'alcoolat de citron. Cette injection est suivie immédiatement d'un état de choc avec perte de connaissance transitoire, puis hémolyse avec hémoglobinurie. Il est transféré le même jour à Fernand-Widal, où une réanimation est instituée. L'état cardio-vasculaire est satisfaisant. On note évidemment un aspect induré et violacé du réseau

veineux superficiel. Des troubles métaboliques apparaissent posant le problème d'une décompensation d'une cirrhose à l'occasion de l'intoxication accidentelle. L'état neurologique reste inchangé, et comme le problème proprement toxicologique est résolu, le malade est rendu à l'hôpital d'origine.

5e Injection accidentelle de Chlorure de Potassium intrarachidienne.

Mme FRE... Claude, 37 ans est suivie depuis 1964 pour une Sclérose en plaque. La dernière poussée évolutive eut lieu en juillet 69 ; les troubles ont régressé depuis cette date.

Elle recevait depuis trois semaines une injection IR par semaine de DEPOMEDROL.

Par erreur le 27.5.70 à 11 h. le Dépomédrol est solubilisé dans une ampoule de CLK hypertonique (10 cc)

Au moment de l'injection, sensation de chaleur au niveau des jambes, puis QUADRIPLEGIE.

La malade est hospitalisée vers 12 h. dans un tableau de quadriplégie complète sans atteinte des paires crâniennes sans troubles végétatifs.

Le dosage des électrolytes dans le LCR montre une élévation considérable du taux du POTASSIUM qui est de 27 mEq/l (la normale se situe aux alentours de 3 mEq/l).

On procède alors à un lavage du LCR par une solution de dialyse péritonéale isotonique. Pendant l'épreuve s'installe une mydriase bilatérale qui régresse une heure plus tard.

Dès 14 h. l'hypertonie des membres supérieurs diminue : la malade peut serrer la main,

A 15 h. bouge les deux pieds à la commande, la sensibilité est présente, symétrique.

A 16 h. une PL de contrôle est pratiquée et témoigne d'un retour à la normale du taux de potassium (2,2 mEq/l)

le 28.5.70 se constitue un OEDEME PULMONAIRE (probablement en rapport avec une surcharge hydrique).

Par ailleurs, en fin de journée la sensibilité et la motilité des membres inférieurs sont normales.

Le 1.6.70, l'amélioration de la fonction respiratoire permet l'extubation.

Le 5.6.70 l'examen neurologique montre une force musculaire normale aux membres supérieurs, réduite aux membres inférieurs, avec des ROT diffusés et vifs mais sans troubles du tonus, sans signe de Babinski. Enfin il existe des troubles de la sensibilité profonde, et des troubles sphinctériens.

Un examen neurologique complet pratiqué un mois plus tard à la Salpêtrière montre une atteinte pyramidale des quatre membres, un syndrome cérébelleux diffus ainsi qu'une atteinte cordonnale postérieure ; ces signes sont identiques à ceux observés il y a un an lors de la poussée précédente.

Il semble donc que le syndrome neurologique accidentel a complètement régressé et que ces signes sont à mettre sur le compte d'une nouvelle poussée, peut-être provoquée par l'accident thérapeutique.

Tels sont donc les accidents thérapeutiques observés soit à la consultation, soit dans le service de réanimation.

Nous verrons dans le chapitre quatre les remarques qui s'imposent à propos de ces accidents, et d'une façon plus générale les problèmes que pose la prescription médicale.

TROISIEME PARTIE

TROISIEME PARTIE

Projet de fiche à perforation marginale

Depuis quelques années, la Toxicologie s'est faite une place parmi les spécialités médicales. Au début, branche de la médecine légale, elle s'en est un peu détachée, tout en gardant encore avec elle une interrelation étroite.

Son domaine d'investigation est considérable et encore très incomplètement exploré. Il comprend le problème de l'environnement (problème d'actualité) par l'étude des facteurs physiques et chimiques et de leur retentissement sur la santé physique et psychique de l'individu, et plus particulièrement celui de l'environnement professionnel.

Par ailleurs, l'extension pharmaceutique, dont nous signalons l'extraordinaire envergure, est à l'origine d'une nouvelle pathologie qu'il faut apprendre à connaître dans un but thérapeutique et préventif. De nombreux services en France ont entrepris de recenser systématiquement les accidents dus aux médicaments. Plusieurs enquêtes ont été faites dans les hôpitaux de Lyon par l'équipe du Professeur Roche ; à Paris, sous la direction de M. le Professeur E. Fournier, l'A.S.I.T. E.S.T. recueille depuis de nombreuses années les accidents signalés au centre Anti-Poison par des particuliers, des médecins ou des pharmaciens qui avaient recours à ses conseils thérapeutiques.

Nous avons pensé qu'il serait utile de mettre au point

une technique de recensement des accidents thérapeutiques sur carte perforée. Nous avons opté pour la technique de perforation marginale. Elle présente l'avantage d'être lisible directement, sans l'intermédiaire d'une trieuse et d'un code ; et il est possible par ailleurs de faire figurer au centre, quelques brèves remarques cliniques. Sa manipulation se situe donc entre celle des dossiers, toujours longue et fastidieuse, et celle des fiches perforées (type IBM) où le code très précis ne permet pas toujours de faire passer les nuances d'une observation.

Le modèle que nous proposons ici, ne prétend pas répondre à toutes les éventualités. Des oublis sont probables. De nouveaux médicaments peuvent être à l'origine de manifestations nouvelles. Il constitue une base de départ et devra faire l'objet de modifications certaines en cours d'exploitation.

La fiche que nous proposons est une fiche de format 21 x 27 (voir modèle page suivante).

Elle comprend 52 perforations sur la plus grande longueur et 40 en largeur, soit au total : 184 perforations.

Nous avons partagé ces 184 perforations en quatre rubriques :

- a) Les médicaments,
- b) Les manifestations cliniques
- c) Les manifestations para-cliniques
- d) Les renseignements généraux :
 - sexe
 - race
 - tranche d'âge
 - terrain
 - évolution

La partie centrale est réservée à des renseignements plus précis concernant la thérapeutique, les conditions d'utilisation, les détails cliniques et la référence du dossier (voir page suivante).

C A M E N

I
D
E
M

L
S

B
I
O
L
O
G
I
Q
U
E
S

C
L
I
N
I
Q
U
E
S

S
I
G
N
E
S

GENERALITES

NOM Prénoms

Date de naissance

Poids Taille Groupe sanguin

Médicament en cause

Motifs du traitement

Durée du traitement

Date du traitement

Date de l'accident

Raisons particulières de l'accident liées aux conditions d'utilisations :

- produit périmé
- erreur de dose
- erreur de voie
- contre-indication non respectée
- association dangereuse

Le malade a-t-il déjà reçu un médicament analogue ?

O B S E R V A T I O N S

Références du dossier

1. 90 perforations sont réservées aux MEDICAMENTS.

1-2-3 : Analgésiques centraux :

Opium et ses alcaloïdes
Succédanés synthétiques de la morphine

Analgésiques antipyrétiques :

Salicylés
Analgésiques pyrazolés
Dérivés de l'Aniline
Indométhacine

Autres produits :

Aconitine
Atophan
Colchicine
Ethoheptazine
Glifanan

4 : Anesthésiques locaux :

l'énumération de leur liste serait trop longue à transcrire ici.

5 : Anesthésiques gazeux :

ils comprennent en fait deux catégories, les produits gazeux proprement dits (Cyclopropane, Protoxyde, d'azote...), et les produits volatils (Chloroforme, Ether éthylique...)

6 : Antitussifs et expectorants ;

7 : Barbituriques ;

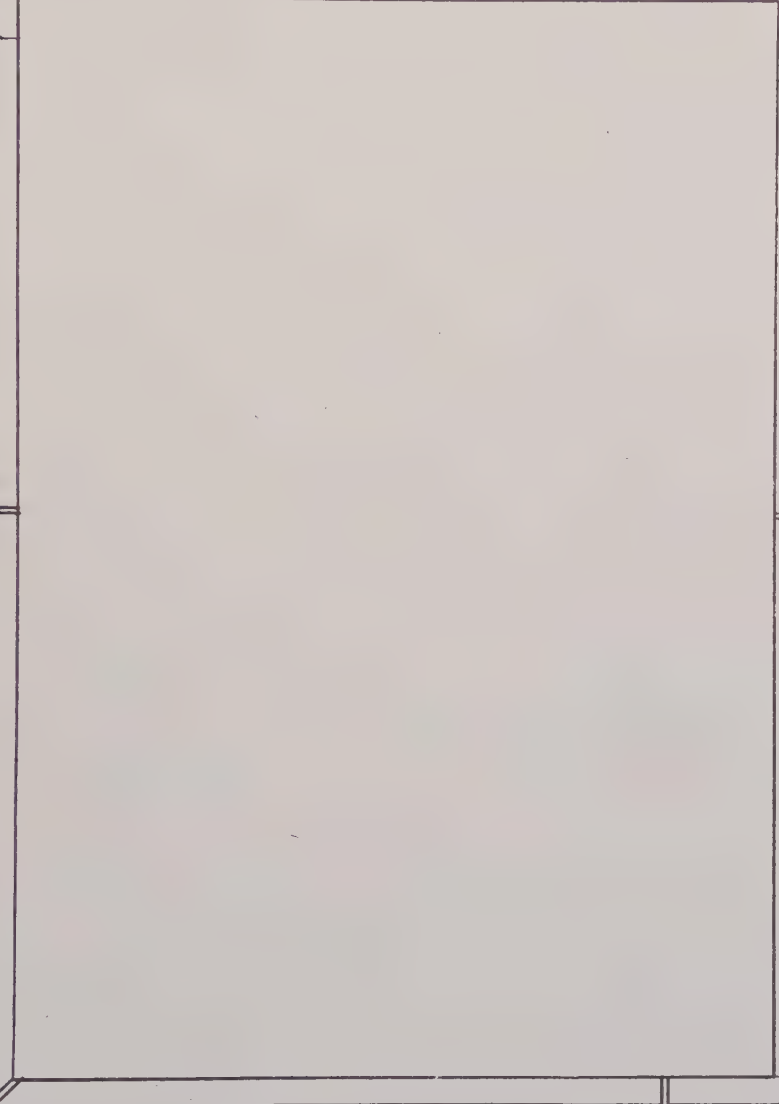
8 : Hypnotiques non barbituriques :

Alcools
Amides et Uréides aminés
Bromure
Chloral
Imides succiniques
Uréthanes
Autres

- 9 : Anticonvulsivants non barbituriques :
- Acétyl-urée et dérivés
Hydantoïnes
Oxazolidines et dérivés
Diones
etc ...
- 10 : Phénothiazines ;
- 11 : Butyrophénones ;
- 12 : Hallucinogènes ;
- 13 : Tranquillisants :
Carbamates
Pipérazines
Benzodiazépines
etc ...
- 14 : Convulsivants ;
- 15 : Amphétamines ;
- 16 : Autres stimulants et / ou Anorexigènes ;
- 17 : Xanthines :
Aminophylline
Caféine
Théophylline
etc ...
- 18 : Thymoanaleptiques :
Imipramines et dérivés
I.M.A.O.
Insidon
- 19 : Adrénergiques :
Alpha-stimulants
Béta-stimulants
Adrénaline
- 20 : Sympatholytiques :
AdrénoLytiques
GangliopLégiques
Antiadrénergiques

- 26
- 25
- 24
- 23
- 22
- 21
- 20
- 19
- 18
- 17
- 16
- 15
- 14
- 13
- 12
- 11
- 10
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

m e d i c a m e n t s



- 70
- 69
- 68
- 67
- 66
- 65
- 64
- 63
- 62
- 61
- 60
- 59
- 58
- 57
- 56
- 55
- 54
- 53
- 52
- 51
- 50
- 49
- 48
- 47
- 46
- 45
- 44
- 43
- 42
- 41
- 40
- 39
- 38
- 37
- 36
- 35
- 34
- 33
- 32
- 31
- 30
- 29
- 28
- 27
- 26
- 25
- 24
- 23
- 22
- 21
- 20
- 19
- 18
- 17
- 16
- 15
- 14
- 13
- 12
- 11
- 10
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

- 21 : Anticholinestérasiques ;
.....
- 22 : Parasympatholytiques :
.....
Atropine et Solanées
Ammoniums quaternaires
Produits de synthèse
- 23 : Antiparkinsoniens :
.....
ils comprennent en dehors de l'atropine et de ses dérivés, les parasympatholytiques d'action centrale et certains antihistaminiques.
- 24 : Antihistaminiques :
.....
Phénothiaziniques
Antiparkinsoniens
et les autres.
- 25 : Curarisants et relaxants :
.....
- 26 : Digitaliques ;
.....
- 27 : Hypotenseurs ;
.....
- 28 : Antifibrillants :
.....
Dérivés de la Quinidine et Hydroquinidine
Ajmaline
Pronestyl
Spartéine
- 29 : Vaso-dilatateurs :
.....
Nitrites et Nitrates
Acide nicotinique
Histamine
etc...
- 30 : Anticoagulants ;
.....
- 31 : Coagulants et hémostatiques :
.....
Protamine
Tolonium
Adrénoxyl
Antifibrinolytiques
etc...

32 : Diurétiques :

Salidiurétiques
Antialdostérone
Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
Diurétiques mercuriels

33 : Anticholestérolémians ;

34 : Sulfamides ;

35 : Nitrofuranes ;

36 : Sulfones ;

37 : Négram ;

38 : Autres anti-infectieux non antibiotiques ;

39 : Pénicilline :

Cesont les pénicillines naturelles et hémisynthétiques.

40 : Céphalosporines :

Céphaloridine, Céphalotine

41 : Oligosaccharides :

Streptomycine
Néomycine
Kanamycine
Gentamycine ...

42 : Chloramphénicol ;

43 : Tétracyclines ;

44 : Polypeptides :

Colimycine, Polymyxine^o

45 : Macrolides :

Erythromycine
Propiocyne
Spiramycine
etc...

- 46 : Ristocétine ;
- 47 : Antibiotiques locaux :
 Bacitracine x, Soframycine x, Tyro thricine x,
 Solutricine x
- 48 : Streptograminés ;
- 49 : Anti-tuberculeux (autres que Streptomycine)
- 50 : Antibiotiques antifongiques ;
- 51 : Antiprotozoaires :
 Atrican, Flagyl.
- 52 : Antipaludéens ;
- 53 : Amoebicides ;
- 54 : Antihelminthiques ;
- 55 : Antiseptiques :
 Alcools et Aldéhydes
 Colorants
 Halogènes
 Dérivés terpéniques
 Métaux et métalloïdes
 Phénols et dérivés
 Oxydants
- 56 : Antinéoplasiques ;
- 57 : Hypoglycémiants ;
- 58 : Anti-goutteux ;
- 59 : Corticoïdes ;
- 60 : Androgènes ;
- 61 : Oestrogènes ;
- 62 : Progestatifs ;
- 63 : Contraceptifs ;
- 64 : ACTH ;

- 65 : TSH et hormones thyroïdiennes ;
- 66 : Antithyroïdiens ;
- 67 : Ocytocine et ADH ;
- 68 : Vitamines ;
- 69 : Antienzymes ;
- 70 : Antilépreux
- 71 : Laxatifs-Purgatifs ;
- 72 : Autres produits gastro-intestinaux ;
- 73 : Métaux, métalloïdes et leurs sels ;
- 74 : Chélateurs ;
- 75 : Sang et Dérivés ;
- 76 : Substituts sanguins ;
- 77 : Vaccins et sérums ;
- 78 : Substances radio-opaques ;
- 79 : Isotopes radio-actifs ;
- 80 : Disulfiram ;
- 81 : Mannitol ;
- 82 : Glucosé ;
- 83 : T.H.A.M. ;
- 84 : Bleu de méthylène ;
- 85 : Produits sclérosants ;

Les 5 cases qui restent sont disponibles pour de nouveaux médicaments.

II. 27 perforations sont réservées aux SIGNES BIOLOGIQUES.

- 1 : Hypo- ou Hyperchlorémie ;
- 2 : Hypo- ou Hypernatrémie ;
- 3 : Hypo- ou Hyperkaliémie ;
- 4 : Hypo- ou Hyperglycémie ;
- 5 : Hypo- ou Hypercalcémie ;
- 6 : Hyperuricémie ;
- 7 : Hyperazotémie ;
- 8 : Glomérulo-néphrite ;
- 9 : Tubulo-néphrite
- 10 : Anurie ;
- 11 : Hématurie ;
- 12 : Syndrome néphrotique ;
- 13 : Methémoglobinémie ;
- 14 : Métémoglobinurie
- 15 : Atteinte hépatique ;
- 16 : Transaminases ;
- 17 : Amylasémie ;
- 18 : Troubles de la coagulation ;
- 19 : Hémolyse ;
- 20 : Anémie ;
- 21 : Leucopénie ;
- 22 : Thrombopénie ;
- 23 : Aplasie médullaire ;
- 24 : Eosinophilie ;
- 25 : Autres anomalies sanguines ;

Les deux cases, qui restent sont disponibles pour d'autres signes biologiques.

- 1 HYPO CHLOREMIE
- 2 HYPO HYPER NATREMIE
- 3 HYPO HYPER KALIE MIE
- 4 HYPO GLYCÉMIE
- 5 HYPO HYPER CALCÉMIE
- 6 HYPERURICÉMIE
- 7 HYPERAZOTÉMIE
- 8 GLOMERULO-
-NÉPHRITE
- 9 TUBULO-
-NÉPHRITE
- 10 ANURIE
- 11 HÉMATURIE
- 12 SYNDROME
NÉPHROT. QUE
- 13 MÉTHÉMOGLOBI-
-NÉMIE
- 14 MÉTHÉMOGLO-
-BINURIE
- 15 ATTEINTE
HÉPAT. QUE
- 16 TRANSAMINASES
- 17 AMYLASEMIE
- 18 TROUBLES DE
LA COAGULATION
- 19 HÉMOLYSE
- 20 ANÉMIE
- 21 LEUCOPÉNIE
- 22 THROMBOCYPÉNIE
- 23 APLASIE
- 24 ÉOSINOPHILIE
- 25 AUTRES ANOM. SG
- 26
- 27

S
.
B
I
O
L
O
G
I
Q
U
E
S

III. 37 perforations sont réservées aux SIGNES CLINIQUES.

- 1 : Dépression respiratoire ;
- 2 : Oedème pulmonaire ;
- 3 : Asthme ;
- 4 : Hypo-ou Hypertension ;
- 5 : Collapsus ;
- 6 : Choc anaphylactique ;
- 7 : Arrêt cardiaque ;
- 8 : Bradycardie ;
- 9 : Tachycardie ;
- 10 : Troubles du rythme ;
- 11 : Troubles de la conscience ;
- 12 : Agitations convulsions ;
- 13 : Coma ;
- 14 : Céphalées ;
- 15 : Hallucinations ;
- 16 : Syndrome extra-pyramidal ;
- 17 : Polynévrites ;
- 18 : Atteinte neuro-sensorielle ;
- 19 : Autres manifestations neurologiques ;
- 20 : Fièvre ;
- 21 : Manifestations cutanées non allergiques ;
- 22 : Manifestations cutanées allergiques ;
- 23 : Photosensibilisation ;
- 24 : Troubles digestifs ;
- 25 : Hémorragies ;
- 26 : Lyse microbienne ;
- 27 : Pancréatite ;
- 28 : Hépatomégalie ;
- 29 : Ictère ;
- 30 : Douleurs lombaires ;

S	DÉPRESSION RESA	1
	OEDÈME PULMONAIRE	2
	ASTHME	3
C	HYPO- TENSION	4
	HYPER- TENSION	5
	COLLAPSUS	6
L	CRISTE ANAPHYLACTIQUE	7
	ARRÊT CARDIAQUE	8
	BRADYCARDIE	9
I	TACHYCARDIE	10
	TROUBLES DU RYTHME	11
	TROUBLES DE LA CONSCIENCE	12
Q	AGITATION CONVULSIONS	13
	COMA	14
	CÉPHALÉE	15
U	HALLUCINATIONS	16
	SYND. EXTRA- PYRAMIDAL	17
	ALYMNÉVITES	18
S	ATT. NEURO- SENSORIELLE	19
	AVESSES MÔRIFÈRES NEUROLOGIQUES	20
	FIÈVRE	21
E	MANIF. CUTANÉES	22
	MANIF. ALLERG. CUTANÉES	23
	ALLERG. CUTANÉES	24
S	PROT. SENSIBILISANT	25
	T. DIGESTIFS	26
	URTIKAIRIQUES	27
E	ALLERG. CUTANÉES	28
	ALLERG. CUTANÉES	29
	ALLERG. CUTANÉES	30
S	ALLERG. CUTANÉES	31
	ALLERG. CUTANÉES	32
	ALLERG. CUTANÉES	33
E	ALLERG. CUTANÉES	34
	ALLERG. CUTANÉES	35
	ALLERG. CUTANÉES	36
S	ALLERG. CUTANÉES	37
	ALLERG. CUTANÉES	38
	ALLERG. CUTANÉES	39
E	ALLERG. CUTANÉES	40
	ALLERG. CUTANÉES	41
	ALLERG. CUTANÉES	42
S	ALLERG. CUTANÉES	43
	ALLERG. CUTANÉES	44
	ALLERG. CUTANÉES	45
E	ALLERG. CUTANÉES	46
	ALLERG. CUTANÉES	47
	ALLERG. CUTANÉES	48
S	ALLERG. CUTANÉES	49
	ALLERG. CUTANÉES	50
	ALLERG. CUTANÉES	51
E	ALLERG. CUTANÉES	52
	ALLERG. CUTANÉES	53
	ALLERG. CUTANÉES	54
S	ALLERG. CUTANÉES	55
	ALLERG. CUTANÉES	56
	ALLERG. CUTANÉES	57
E	ALLERG. CUTANÉES	58
	ALLERG. CUTANÉES	59
	ALLERG. CUTANÉES	60
S	ALLERG. CUTANÉES	61
	ALLERG. CUTANÉES	62
	ALLERG. CUTANÉES	63
E	ALLERG. CUTANÉES	64
	ALLERG. CUTANÉES	65
	ALLERG. CUTANÉES	66
S	ALLERG. CUTANÉES	67
	ALLERG. CUTANÉES	68
	ALLERG. CUTANÉES	69
E	ALLERG. CUTANÉES	70
	ALLERG. CUTANÉES	71
	ALLERG. CUTANÉES	72
S	ALLERG. CUTANÉES	73
	ALLERG. CUTANÉES	74
	ALLERG. CUTANÉES	75
E	ALLERG. CUTANÉES	76
	ALLERG. CUTANÉES	77
	ALLERG. CUTANÉES	78
S	ALLERG. CUTANÉES	79
	ALLERG. CUTANÉES	80
	ALLERG. CUTANÉES	81
E	ALLERG. CUTANÉES	82
	ALLERG. CUTANÉES	83
	ALLERG. CUTANÉES	84
S	ALLERG. CUTANÉES	85
	ALLERG. CUTANÉES	86
	ALLERG. CUTANÉES	87
E	ALLERG. CUTANÉES	88
	ALLERG. CUTANÉES	89
	ALLERG. CUTANÉES	90
S	ALLERG. CUTANÉES	91
	ALLERG. CUTANÉES	92
	ALLERG. CUTANÉES	93
E	ALLERG. CUTANÉES	94
	ALLERG. CUTANÉES	95
	ALLERG. CUTANÉES	96
S	ALLERG. CUTANÉES	97
	ALLERG. CUTANÉES	98
	ALLERG. CUTANÉES	99
E	ALLERG. CUTANÉES	100
	ALLERG. CUTANÉES	101
	ALLERG. CUTANÉES	102
S	ALLERG. CUTANÉES	103
	ALLERG. CUTANÉES	104
	ALLERG. CUTANÉES	105
E	ALLERG. CUTANÉES	106
	ALLERG. CUTANÉES	107
	ALLERG. CUTANÉES	108
S	ALLERG. CUTANÉES	109
	ALLERG. CUTANÉES	110
	ALLERG. CUTANÉES	111
E	ALLERG. CUTANÉES	112
	ALLERG. CUTANÉES	113
	ALLERG. CUTANÉES	114
S	ALLERG. CUTANÉES	115
	ALLERG. CUTANÉES	116
	ALLERG. CUTANÉES	117
E	ALLERG. CUTANÉES	118
	ALLERG. CUTANÉES	119
	ALLERG. CUTANÉES	120
S	ALLERG. CUTANÉES	121
	ALLERG. CUTANÉES	122
	ALLERG. CUTANÉES	123
E	ALLERG. CUTANÉES	124
	ALLERG. CUTANÉES	125
	ALLERG. CUTANÉES	126
S	ALLERG. CUTANÉES	127
	ALLERG. CUTANÉES	128
	ALLERG. CUTANÉES	129
E	ALLERG. CUTANÉES	130
	ALLERG. CUTANÉES	131
	ALLERG. CUTANÉES	132
S	ALLERG. CUTANÉES	133
	ALLERG. CUTANÉES	134
	ALLERG. CUTANÉES	135
E	ALLERG. CUTANÉES	136
	ALLERG. CUTANÉES	137
	ALLERG. CUTANÉES	138
S	ALLERG. CUTANÉES	139
	ALLERG. CUTANÉES	140
	ALLERG. CUTANÉES	141
E	ALLERG. CUTANÉES	142
	ALLERG. CUTANÉES	143
	ALLERG. CUTANÉES	144
S	ALLERG. CUTANÉES	145
	ALLERG. CUTANÉES	146
	ALLERG. CUTANÉES	147
E	ALLERG. CUTANÉES	148
	ALLERG. CUTANÉES	149
	ALLERG. CUTANÉES	150
S	ALLERG. CUTANÉES	151
	ALLERG. CUTANÉES	152
	ALLERG. CUTANÉES	153
E	ALLERG. CUTANÉES	154
	ALLERG. CUTANÉES	155
	ALLERG. CUTANÉES	156
S	ALLERG. CUTANÉES	157
	ALLERG. CUTANÉES	158
	ALLERG. CUTANÉES	159
E	ALLERG. CUTANÉES	160
	ALLERG. CUTANÉES	161
	ALLERG. CUTANÉES	162
S	ALLERG. CUTANÉES	163
	ALLERG. CUTANÉES	164
	ALLERG. CUTANÉES	165
E	ALLERG. CUTANÉES	166
	ALLERG. CUTANÉES	167
	ALLERG. CUTANÉES	168
S	ALLERG. CUTANÉES	169
	ALLERG. CUTANÉES	170
	ALLERG. CUTANÉES	171
E	ALLERG. CUTANÉES	172
	ALLERG. CUTANÉES	173
	ALLERG. CUTANÉES	174
S	ALLERG. CUTANÉES	175
	ALLERG. CUTANÉES	176
	ALLERG. CUTANÉES	177
E	ALLERG. CUTANÉES	178
	ALLERG. CUTANÉES	179
	ALLERG. CUTANÉES	180
S	ALLERG. CUTANÉES	181
	ALLERG. CUTANÉES	182
	ALLERG. CUTANÉES	183
E	ALLERG. CUTANÉES	184
	ALLERG. CUTANÉES	185
	ALLERG. CUTANÉES	186
S	ALLERG. CUTANÉES	187
	ALLERG. CUTANÉES	188
	ALLERG. CUTANÉES	189
E	ALLERG. CUTANÉES	190
	ALLERG. CUTANÉES	191
	ALLERG. CUTANÉES	192
S	ALLERG. CUTANÉES	193
	ALLERG. CUTANÉES	194
	ALLERG. CUTANÉES	195
E	ALLERG. CUTANÉES	196
	ALLERG. CUTANÉES	197
	ALLERG. CUTANÉES	198
S	ALLERG. CUTANÉES	199
	ALLERG. CUTANÉES	200
	ALLERG. CUTANÉES	201
E	ALLERG. CUTANÉES	202
	ALLERG. CUTANÉES	203
	ALLERG. CUTANÉES	204
S	ALLERG. CUTANÉES	205
	ALLERG. CUTANÉES	206
	ALLERG. CUTANÉES	207
E	ALLERG. CUTANÉES	208
	ALLERG. CUTANÉES	209
	ALLERG. CUTANÉES	210
S	ALLERG. CUTANÉES	211
	ALLERG. CUTANÉES	212
	ALLERG. CUTANÉES	213
E	ALLERG. CUTANÉES	214
	ALLERG. CUTANÉES	215
	ALLERG. CUTANÉES	216
S	ALLERG. CUTANÉES	217
	ALLERG. CUTANÉES	218
	ALLERG. CUTANÉES	219
E	ALLERG. CUTANÉES	220
	ALLERG. CUTANÉES	221
	ALLERG. CUTANÉES	222
S	ALLERG. CUTANÉES	223
	ALLERG. CUTANÉES	224
	ALLERG. CUTANÉES	225
E	ALLERG. CUTANÉES	226
	ALLERG. CUTANÉES	227
	ALLERG. CUTANÉES	228
S	ALLERG. CUTANÉES	229
	ALLERG. CUTANÉES	230
	ALLERG. CUTANÉES	231
E	ALLERG. CUTANÉES	232
	ALLERG. CUTANÉES	233
	ALLERG. CUTANÉES	234
S	ALLERG. CUTANÉES	235
	ALLERG. CUTANÉES	236
	ALLERG. CUTANÉES	237
E	ALLERG. CUTANÉES	238
	ALLERG. CUTANÉES	239
	ALLERG. CUTANÉES	240
S	ALLERG. CUTANÉES	241
	ALLERG. CUTANÉES	242
	ALLERG. CUTANÉES	243
E	ALLERG. CUTANÉES	244
	ALLERG. CUTANÉES	245
	ALLERG. CUTANÉES	246
S	ALLERG. CUTANÉES	247
	ALLERG. CUTANÉES	248
	ALLERG. CUTANÉES	249
E	ALLERG. CUTANÉES	250
	ALLERG. CUTANÉES	251
	ALLERG. CUTANÉES	252
S	ALLERG. CUTANÉES	253
	ALLERG. CUTANÉES	254
	ALLERG. CUTANÉES	255
E	ALLERG. CUTANÉES	256
	ALLERG. CUTANÉES	257
	ALLERG. CUTANÉES	258
S	ALLERG. CUTANÉES	259
	ALLERG. CUTANÉES	260
	ALLERG. CUTANÉES	261
E	ALLERG. CUTANÉES	262
	ALLERG. CUTANÉES	263
	ALLERG. CUTANÉES	264
S	ALLERG. CUTANÉES	265
	ALLERG. CUTANÉES	266
	ALLERG. CUTANÉES	267
E	ALLERG. CUTANÉES	268
	ALLERG. CUTANÉES	269
	ALLERG. CUTANÉES	270
S	ALLERG. CUTANÉES	271
	ALLERG. CUTANÉES	272
	ALLERG. CUTANÉES	273
E	ALLERG. CUTANÉES	274
	ALLERG. CUTANÉES	275
	ALLERG. CUTANÉES	276
S	ALLERG. CUTANÉES	277
	ALLERG. CUTANÉES	278
	ALLERG. CUTANÉES	279
E	ALLERG. CUTANÉES	280
	ALLERG. CUTANÉES	281
	ALLERG. CUTANÉES	282
S	ALLERG. CUTANÉES	283
	ALLERG. CUTANÉES	284
	ALLERG. CUTANÉES	285
E	ALLERG. CUTANÉES	286
	ALLERG. CUTANÉES	287
	ALLERG. CUTANÉES	288
S	ALLERG. CUTANÉES	289
	ALLERG. CUTANÉES	290
	ALLERG. CUTANÉES	291
E	ALLERG. CUTANÉES	292
	ALLERG. CUTANÉES	293
	ALLERG. CUTANÉES	294
S	ALLERG. CUTANÉES	295
	ALLERG. CUTANÉES	296
	ALLERG. CUTANÉES	297
E	ALLERG. CUTANÉES	298
	ALLERG. CUTANÉES	299
	ALLERG. CUTANÉES	300

T. GÉNÉTAUX 34
 MANIF. OSTÉO- 35
 MANIF. OSTÉO- 36
 MANIF. OSTÉO- 37
 MANIF. OSTÉO- 38
 MANIF. OSTÉO- 39
 MANIF. OSTÉO- 40
 MANIF. OSTÉO- 41
 MANIF. OSTÉO- 42
 MANIF. OSTÉO- 43
 MANIF. OSTÉO- 44
 MANIF. OSTÉO- 45
 MANIF. OSTÉO- 46
 MANIF. OSTÉO- 47
 MANIF. OSTÉO- 48
 MANIF. OSTÉO- 49
 MANIF. OSTÉO- 50
 MANIF. OSTÉO- 51
 MANIF. OSTÉO- 52
 MANIF. OSTÉO- 53
 MANIF. OSTÉO- 54
 MANIF. OSTÉO- 55
 MANIF. OSTÉO- 56
 MANIF. OSTÉO- 57
 MANIF. OSTÉO- 58
 MANIF. OSTÉO- 59
 MANIF. OSTÉO- 60
 MANIF. OSTÉO- 61
 MANIF. OSTÉO- 62
 MANIF. OSTÉO- 63
 MANIF. OSTÉO- 64
 MANIF. OSTÉO- 65
 MANIF. OSTÉO- 66
 MANIF. OSTÉO- 67
 MANIF. OSTÉO- 68
 MANIF. OSTÉO- 69
 MANIF. OSTÉO- 70
 MANIF. OSTÉO- 71
 MANIF. OSTÉO- 72
 MANIF. OSTÉO- 73
 MANIF. OSTÉO- 74
 MANIF. OSTÉO- 75
 MANIF. OSTÉO- 76
 MANIF. OSTÉO- 77
 MANIF. OSTÉO- 78
 MANIF. OSTÉO- 79
 MANIF. OSTÉO- 80
 MANIF. OSTÉO- 81
 MANIF. OSTÉO- 82
 MANIF. OSTÉO- 83
 MANIF. OSTÉO- 84
 MANIF. OSTÉO- 85
 MANIF. OSTÉO- 86
 MANIF. OSTÉO- 87
 MANIF. OSTÉO- 88
 MANIF. OSTÉO- 89
 MANIF. OSTÉO- 90
 MANIF. OSTÉO- 91
 MANIF. OSTÉO- 92
 MANIF. OSTÉO- 93
 MANIF. OSTÉO- 94
 MANIF. OSTÉO- 95
 MANIF. OSTÉO- 96
 MANIF. OSTÉO- 97
 MANIF. OSTÉO- 98
 MANIF. OSTÉO- 99
 MANIF. OSTÉO- 100
 MANIF. OSTÉO- 101
 MANIF. OSTÉO- 102
 MANIF. OSTÉO- 103
 MANIF. OSTÉO- 104
 MANIF. OSTÉO- 105
 MANIF. OSTÉO- 106
 MANIF. OSTÉO- 107
 MANIF. OSTÉO- 108
 MANIF. OSTÉO- 109
 MANIF. OSTÉO- 110
 MANIF. OSTÉO- 111
 MANIF. OSTÉO- 112
 MANIF. OSTÉO- 113
 MANIF. OSTÉO- 114
 MANIF. OSTÉO- 115
 MANIF. OSTÉO- 116
 MANIF. OSTÉO- 117
 MANIF. OSTÉO- 118
 MANIF. OSTÉO- 119
 MANIF. OSTÉO- 120
 MANIF. OSTÉO- 121
 MANIF. OSTÉO- 122
 MANIF. OSTÉO- 123
 MANIF. OSTÉO- 124
 MANIF. OSTÉO- 125
 MANIF. OSTÉO- 126
 MANIF. OSTÉO- 127
 MANIF. OSTÉO- 128
 MANIF. OSTÉO- 129
 MANIF. OSTÉO- 130
 MANIF. OSTÉO- 131
 MANIF. OSTÉO- 132
 MANIF. OSTÉO- 133
 MANIF. OSTÉO- 134
 MANIF. OSTÉO- 135
 MANIF. OSTÉO- 136
 MANIF. OSTÉO- 137
 MANIF. OSTÉO- 138
 MANIF. OSTÉO- 139
 MANIF. OSTÉO- 140
 MANIF. OSTÉO- 141
 MANIF. OSTÉO- 142
 MANIF. OSTÉO- 143
 MANIF. OSTÉO- 144
 MANIF. OSTÉO- 145
 MANIF. OSTÉO- 146
 MANIF. OSTÉO- 147
 MANIF. OSTÉO- 148
 MANIF. OSTÉO- 149
 MANIF. OSTÉO- 150
 MANIF. OSTÉO- 151
 MANIF. OSTÉO- 152
 MANIF. OSTÉO- 153
 MANIF. OSTÉO- 15

- 31 : Vasodilatation-vasoconstriction cutanée ;
- 32 : Troubles sécrétoires et atteinte des muqueuses ;
- 33 : Troubles des phanères ;
- 34 : Troubles génitaux ;
- 35 : Manifestations ostéo-articulaires ;
- 36 : Manifestations musculaires ;
- 37 : Autres manifestations ;

IV. Les 30 perforations restantes concernent des RENSEIGNEMENTS GENERAUX.

SEXE

- 1 : Homme
- 2 : Femme

AGE

- 3 : 0 à 10 ans
- 4 : 10 à 20 ans
- 5 : 20 à 30 ans
- 6 : 30 à 40 ans
- 7 : 40 à 50 ans
- 8 : 50 à 60 ans
- 9 : Plus de 60 ans

TERRAIN

- 10 : Malformation congénitale
- 11 : Hérité (Déficit enzymatique etc.)
- 12 : Allergique
- 13 : Diabétique
- 14 : Neurologique
- 15 : Cardiaque
- 16 : Vasculaire

- 17 : Insuffisance rénale
- 18 : Insuffisance hépatique
- 19 : Ethylique

EVOLUTION

- 20 : Guérison
- 21 : Mort
- 22 : Guérison avec séquelles

S'il s'agit d'une femme enceinte,

- 23 : Grossesse normale
- 24 : Accouchement prématuré
- 25 : Avortement
- 26 : Malformation

RACE

- 27 : Blanc
- 28 : Jaune
- 29 : Noire
- 30 : Métis

SEXE	TERRAIN	EVOLUTION	RACE
1. HOMME	1. PLUS DE 60 ANS	1. GUERISON AVEC SEQUELLES	1. BLANC
2. FEMME	2. 40-50 ANS	2. GUERISON SANS SEQUELLES	2. JAUNE
3. 0-10 ANS	3. 50-60 ANS	3. GROSSE NON-RECHUTE	3. NOIR
4. 10-20 ANS	4. 60-70 ANS	4. PREMATURE	4. PETIT
5. 20-30 ANS	5. 70-80 ANS	5. MORTALITE	
6. 30-40 ANS	6. 80-90 ANS	6. MALFORMATION	
7. 40-50 ANS	7. 90-100 ANS		
8. 50-60 ANS	8. 100-110 ANS		
9. PLUS DE 60 ANS	9. 110-120 ANS		
10. MALFORMATIONS CONGENITALES	10. 120-130 ANS		
11. HEREDITE	11. 130-140 ANS		
12. ALLERGIE	12. 140-150 ANS		
13. DIABETE	13. 150-160 ANS		
14. NEUROLOGIE	14. 160-170 ANS		
15. CARDIOLOGIE	15. 170-180 ANS		
16. VASCULAIRE	16. 180-190 ANS		
17. INS. RENALE	17. 190-200 ANS		
18. INS. HEPATIQUE	18. 200-210 ANS		
19. ETHYLIQUE	19. 210-220 ANS		
20. GUERISON	20. 220-230 ANS		
21. MORT	21. 230-240 ANS		
22. GUERISON AVEC SEQUELLES	22. 240-250 ANS		
23. GROSSE NON-RECHUTE	23. 250-260 ANS		
24. PREMATURE	24. 260-270 ANS		
25. MORTALITE	25. 270-280 ANS		
26. MALFORMATION	26. 280-290 ANS		
27. BLANC	27. 290-300 ANS		
28. JAUNE	28. 300-310 ANS		
29. NOIR	29. 310-320 ANS		
30. PETIT	30. 320-330 ANS		

Q U A T R I E M E P A R T I E

QUATRIEME PARTIE

Responsabilité médicale et accidents thérapeutiques

Peut-on diminuer le risque thérapeutique ?

La responsabilité du médecin est engagée à tous les degrés de la pratique médicale, depuis le stade diagnostique jusqu'au stade thérapeutique. La grande vulgarisation des problèmes médicaux fait des consultants le plus souvent des sujets avertis qui hésitent de moins en moins à poursuivre devant les tribunaux leur médecin, dont l'attitude thérapeutique et ses conséquences semblent leur avoir été préjudiciable.

L'arsenal thérapeutique de plus en plus complet et efficace dont il dispose, doit conduire ce dernier à une grande prudence dans sa manipulation et nécessite une très haute conscience professionnelle ainsi qu'un esprit critique vigilant.

Dans certains cas la responsabilité du médecin est manifeste et ne prête à aucune discussion :

- erreur de voie d'administration
- confusion des doses
- contre-indication médicale non respectée
- association médicamenteuse dangereuse
- faute d'aseptie...

Le code pénal et le code civil ont prévu ces cas aux articles suivants :

- Art. 319 C.P. : Quiconque, par maladresse, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aurait commis involontairement un homicide, ou en aura volontairement

été la cause, sera puni de ...

- Art. 320 C.P. : S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution des blessures, coups et maladies entraînant une incapacité professionnelle de plus de trois mois, le coupable sera puni de ...
- Art. 182 C.C. : Tout homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.
- Art. 1284 C.C. : On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par l'ensemble des personnes dont on doit répondre, des choses que l'on a sous sa garde.

Dans le cas particulier des accidents de type allergique, la législation est beaucoup plus difficile à appliquer, compte tenu du caractère imprévisible de ceux-ci.

Certes on retrouve parfois par l'interrogatoire, dans les antécédents du consultant, une réaction à un même type de médicament, un asthme infantile ayant régressé, des manifestations allergiques saisonnières ; mais cette enquête est souvent négative.

Certes il existe un certain nombre de tests de dépistage (test de Shelley, test de transformation lymphoblastique..) si dans les cas franchement positifs ils doivent conduire à une extrême prudence, voire une abstention thérapeutique, ils sont loin d'être constamment positifs. Par ailleurs un test cutané pratiqué (avant l'utilisation de la drogue) à une dose infinitésimale présente les mêmes risques d'accidents majeurs, sans apporter, en cas de réponse négative, l'assurance d'une innocuité totale du médicament testé ; mieux vaut dans ce cas s'en abstenir.

En somme la démarche du médecin à travers l'acte thérapeutique peut se schématiser en 5 points :

- 1) Le choix d'une thérapeutique convenable doit être précédé d'un diagnostic aussi consciencieux que possible.

A ce stade se pose le problème délicat des accidents au cours des explorations diagnostiques. "On admet... que pour une intervention diagnostique utile, si les précautions cliniques simples, l'interrogatoire en particulier, ont été prises de façon suffisamment soigneuse, la survenue d'un accident imprévisible constitue un des risques de la profession médicale, qui ne peut être éliminé en fonction des nécessités des examens paracliniques. Il serait nocif pour l'ensemble de la population de renoncer aux explorations diagnostiques, malgré le danger que celles-ci peuvent représenter à titre exceptionnel." (in "Réactions allergiques aux substances chimiques de composition définie". P. Gervais).

- 2) A cette connaissance du malade, le médecin doit joindre une connaissance aussi parfaite que possible du médicament prescrit et de ses effets secondaires.

Il devra peser les avantages à attendre, pour le malade de la thérapeutique et des risques qu'elle lui fait courir.

- 3) Le consentement du malade à l'emploi d'une thérapeutique.

Cette question pose des problèmes d'ordre psychologique qui ne peuvent se résoudre sans difficultés lorsque l'état du malade ne lui permet pas de voir sa situation avec l'objectivité désirable (malade mental, vieillard,... sujet comateux).

- 4) Si la liberté de prescription reste l'un des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine, elle a toutefois des limites tracées à la fois par le Code de Déontologie Médicale (Art.25) qui met en garde les praticiens contre l'imprudence

qu'il peut y avoir à mettre en oeuvre un traitement nouveau et insuffisamment exploré, et par le code de la Santé Publique qui a fixé des règles très strictes pour la délivrance des substances toxiques (Tableau A) des produits stupéfiants (Tableau B), et des produits dangereux (Tableau C).

Des erreurs graves de prescription (imprécision des doses, des voies, de la durée du traitement...) peuvent engager avec celle du médecin, la responsabilité du pharmacien, voire celle des infirmières.

5) Enfin, la responsabilité du médecin ne se termine pas avec la rédaction de l'ordonnance. Il doit aussi surveiller l'application du traitement. Cette surveillance permet de surprendre les premiers signes d'intoxication ou d'intolérance et de suspendre ou de modifier la thérapeutique.

Avant de conclure nous tenons à soulever un problème très particulier, celui de l'antibiothérapie de couverture.

Parmi les observations relevées dans notre service de réanimation, la plupart des accidents sont survenus à l'occasion d'un traitement antibiotique de couverture. Dans ce cas bien précis, il est légitime de prendre quelques risques en regard des complications infectieuses graves qui peuvent survenir au cours du traitement d'un coma ou d'une insuffisance respiratoire. Mais il semble, d'une façon générale, que cette attitude se répand de plus en plus et cela non sans risque.

Il peut s'agir d'accidents en rapport direct avec la toxicité propre de l'antibiotique (sensibilisation, atteinte rénale, hépatique...), du développement d'infections secondaires graves à germes plus ou moins résistants, de la constitution de tableaux cliniques batards difficiles à identifier exposant à des complications tardives toujours plus graves ; enfin la sécurité apparente qu'apporte ce traitement, peut en-

trainer une certaine négligence, notamment en milieu chirurgical (faute d'asepsie) et elle servira alors à masquer une maladie.

Par ailleurs l'attitude des patients et des tribunaux, plus enclins à condamner le médecin qui aura omis de prescrire "des antibiotiques" que celui qui aura encouru les risques auxquels ils exposent, incite à cette surconsommation pas toujours justifiée.

En résumé, la connaissance aussi parfaite que possible des thérapeutiques utilisées et de leurs inconvénients, et un jugement équilibré, rationnel, non précipité doivent permettre de réduire au maximum les accidents thérapeutiques, faute de pouvoir les supprimer totalement.

CONCLUSIONS

Nous avons relevé 41 accidents thérapeutiques dans le service de Mr. le Professeur Gaultier (consultation et centre de réanimation). Comme nous l'avons déjà noté, la majeure partie des accidents sont dus aux antibiotiques (cette tendance étant superposable à celle qui ressort des statistiques publiées par d'autres services). La nature de ces accidents étant essentiellement de type allergiques.

Sur l'ensemble des accidents sont survenus 2 décès ; dans les autres cas la guérison est survenue dans des délais relativement rapides, de quelques heures à 48 h., en moyenne. Un seul cas s'est soldé par la persistance de grosses séquelles neurologiques.

Nous avons recherché, chez les sujets qui ont fait un accident allergique, l'existence dans les antécédents de réactions analogues au même produit ou à d'autres produits pharmaceutiques.

Sur 36 accidents allergiques :

- 7 sujets avaient reçu le même produit sans manifester de troubles particuliers,
- 3 avaient déjà présenté des intolérances mineures,
- 6 avaient mentionné un accident allergique à d'autres médicaments.

Devant ces résultats, on peut dire que 3 accidents auraient pu être évités ; quand aux 6 sujets allergiques à un autre produit, une administration prudente, éventuellement sous antihistaminiques ou corticothérapie, leur aurait permis d'éviter ce nouvel accident.

Deux conséquences pratiques résultent de ces constatations :

1) Un interrogatoire précis doit permettre d'éliminer les sujets allergiques ou du moins de s'entourer des précautions indispensables pour éviter un accident majeur.

2) Une économie dans la prescription médicale et une indication précise et à bon éscient des thérapeutiques. L'auto-consommation actuellement de plus en plus fréquente, sans surveillance médicale, risque, sans aucun doute, de développer des allergies de ce type, pour des raisons qui souvent n'en valent pas la peine.

Cette enquête sur les accidents thérapeutiques, n'a pas la prétention de s'ériger en statistique valable pour l'ensemble des accidents survenant en France, bien entendu. Elle nous a permis d'établir une fiche à perforation marginale destinée à recueillir dans les mois à venir, de façon plus rationnelle, les accidents thérapeutiques qui pourraient être relevés dans le service de M. le Professeur Gaultier.

Une meilleure connaissance de ceux-ci permettrait de mieux les traiter et surtout de mieux les prévenir et d'essayer sinon de les supprimer totalement, d'en diminuer leur fréquence.

Vu :

Le Président :

Signé : M. GAULTIER

Vu :

Le Doyen :

Signé : J.J. BERNIER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

1. ALBAHARY C.

Maladies médicamenteuses d'ordre thérapeutique et accidentel.

Masson éd., 1953, p. 752.

2. BERGOEND H.

Contribution à l'étude des manifestations cutanées d'intolérance médicamenteuse. Intérêt du test de Shelley.

Thèse de médecine. Strasbourg, 1966, n° 66.

3. BERTOYE A., BERTRAND J.L.

Les accidents des antibiotiques.

Revue du Praticien, T. XVIII, n° 32, p. 4751.

4. BISMUTH C., FREJAVILLE J.P.

Mécanographie des observations cliniques en toxicologie

Journal Européen de Toxicologie, vol. II, mai-juin 1969
n° 3, p. 128-136.

5. BOISSIER J.R., LECHAT P.

Rôle de l'expérimentation animale dans la prévision des incidents et accidents thérapeutiques.

Thérapie, 1960, XV, 1295-1311.

6. COOMBS R.R.A. et GELL P.G.M.

The classification of allergic reactions underlying diseases. Clinical aspects of immunology

Blackwell Ed. Oxford, 1963.

7. DUCHESNAY G.

Le risque thérapeutique. Prévention et traitement des accidents.

Doin, éd., 1954.

8. DUCLUZEAU
Accidents thérapeutiques allergiques.
Revue lyonnaise de Médecine, 18.6.1969, p. 223-232.
9. FAVAREL J.C., GARRIGUES et HUGUET H.
Accidents généraux graves de l'anesthésie locale.
Concours médical, 22.2.69, p. 1551-1557.
10. FOUET P.
Accidents des antibiotiques.
Concours médical, 1968, 90, n° 19, p. 4071-72, 4075-76.
11. FREJAVILLE J.P., BISMUTH C., CHRISTOFOROV B.
Notions pratiques sur les intoxications aiguës par les médicaments.
Concours Médical (supplément) février 1968 à mai 68.
12. GAULTIER M., FOURNIER E., GERVAIS P.
La réanimation du choc anaphylactique d'origine médicamenteuse.
Entretien de Bichat 1965, vol. Thérapeutique I.
13. GERVAIS P.
Différents types d'incidents thérapeutiques et prescription médicale.
Immex, n° 2, 1964.
14. GERVAIS P.
Réactions allergiques aux substances chimiques de composition définie.
Masson éd. (Collection de médecine légale et de toxicologie médicale, 1968).
15. GIRARD et SEKNER.
Etude clinique de 220 cas d'allergie médicamenteuse.
Revue Française d'allergie, 1963, 3, p. 159-179.

16. HALPERN B.N.

Problème de la nomenclature des accidents médicamenteux du type allergique et toxique. Société française d'Allergie. Premières journées provinciales, Marseille, 6-7 mai 1961.

17. HAZARD J., KYNT, PINON C.L., AMACHE N.

Diagnostic de l'allergie médicamenteuse.
Gazette Médicale de France, 1968, n° 75, p. 4113-4132.

18. HEUSGHEM C.

Le risque médicamenteux.
Revue Médicale de Liège, Juillet 1967, vol. XXII, n° 7.

19. HURIEZ C., JACOB M. et coll.

L'allergie à la pénicilline, amélioration de sa détection.
Revue Lyonnaise de Médecine, 1964, XIII, p. 949-954.

20. JOUGLARD J., VINCENT V.

Rédaction et mise en place des fiches de réponse téléphonique.
Journal Européen de toxicologie, vol. II, mai-juin, 1969, n° 3, p. 140-152.

21. LABRAM C.

Analyse de la thérapeutique médicamenteuse chez 1000 malades hospitalisés dans un service de médecine générale.
Concours Médical, 7.11.1970, p. 1238-1247.

22. LABRAM C.

Fréquence générale et examen critique des accidents thérapeutiques.
Concours médical, 1965, 87, 52.

23. LABRAM C.
Accidents thérapeutiques des médicaments analgésiques.
Concours Médical, 1964, 86, 46.
24. LAMOTTE
Pathologie iatrogène.
Revue de Médecine, 1968, janvier.
25. MEDICORAMA. Les allergies médicamenteuses.
n° 46 et 47.
26. MEYLER L., HERXHEIMER A.
Side effects of drugs.
Excerpta medica foundation, 1968.
27. MORIN M., PEROL R.
L'antibiothérapie préventive ou de couverture, ce qu'il faut en dire, ses risques.
Revue du Praticien, Tome XVIII, n° 32, p. 4769.
28. MULLER M.
Accidents thérapeutiques par les antibiotiques. Responsabilité du médecin.
Concours médical 1962, Octobre, n° 27, p. 5649-59.
29. NATAF P.
Allergie aux antibiotiques.
Vie Médicale, 1968, n° 49, p. 931-988.
30. ROCHE L., LERY N., VIGNEAU C., VINCENT V.
Les accidents thérapeutiques. Collecte des observations
Journal Européen de Toxicologie, vol. II, mai-juin 1969, n° 3, p. 158-162.
31. VIALLIER J., SEDAILLAN A.
Test de Shelley, test sérologique en allergie ; sa valeur diagnostique ; critique des résultats.

Annales de Biologie Clinique, 1965, n° 23, p. 993-1006.

32. Bulletin de Médecine légale, 1967, n° 6, p. 321.

Enquête effectuée dans le cadre des Hospices civils
de Lyon portant sur 500 accidents thérapeutiques.

